



Santa Rosa Community Health:
Elsie Allen Campus
HOJA DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de la/el Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. Seguro Social: _____

¿Alguna alergia a medicamentos? ☐ No ☐ Sí (por favor escriba a cuáles): _____

Dirección: _____ Teléfono de su casa: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Madre/Padre/Tutor Legal: _____

Parentesco con la/el estudiante: _____

Dirección (solo si es diferente): _____

Empleador de la Madre/Padre/Tutor Legal: _____

Otro número de teléfono para contactarles: _____

Yo doy autorización para que Santa Rosa Community Health y su personal provea los siguientes servicios:

- Tratamiento de dolencias menores (dolor de garganta, dolores de cabeza, etc.), incluyendo recetar y/o dispensar medicamentos
- Tratamiento de lesiones menores
- Exámenes físicos para el trabajo y los deportes
- Exámenes dentales, limpieza, aplicación de flúor y/o selladores
- Vacunas como las de la polio, Td, Tdap, hepatitis A/B, meningocócica, VPH, varicela, sarampión, paperas y rubéola (MMR) y gripe
- Pruebas de tuberculosis
- Análisis de laboratorio (anemia, orina, etc.)
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Servicios de educación para la salud preventiva, incluyendo el abuso de sustancias
- Referir por enfermedades/problemas que no se pueden tratar en el centro de salud
- Servicios de salud mental como asesoramiento en crisis y atención a problemas emocionales

_____ Sí _____ NO (*iniciales de los padres*) Yo también autorizo a mi menor de edad para que reciba consejería individual de una/un terapeuta con licencia, o sin licencia bajo supervisión.

Doy mi autorización para que la oficina de Enfermería Escolar comparta registros médicos, incluyendo las vacunas y resultados de las pruebas de detección obligatorias al personal de Santa Rosa Community Health.

Doy mi autorización para que el personal de Santa Rosa Community Health se comunice con la oficina de Enfermería Escolar si esa conversación contribuye a un plan de tratamiento exitoso para mi estudiante.

He leído y completado este formulario de autorización para mi hijo/hija. Este consentimiento es válido hasta que mi hijo/hija cumpla los 18 años. Entiendo que puedo revocar o modificar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación verificada y por escrito.

Nombre escrito de la Madre/Padre/Tutor Legal _____

Firma de la Madre/Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Firma de la/el Estudiante _____ Fecha _____



Santa Rosa Community Health:
Elsie Allen Campus
HOJA DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Siempre que sea posible, Santa Rosa Community Health va a cobrarle a su plan de seguro médico para recibir el pago por los servicios médicos que brindemos. Si tiene seguro médico, por favor escriba la información que le pedimos a continuación y también incluya una fotocopia del frente y del reverso de la tarjeta de su seguro médico.

¿Tiene seguro médico o MediCal? ☐ No ☐ Si Número de MediCal: _____

Nombre de otro Seguro Médico: _____

Número de la Póliza del Seguro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Parentesco con la/el Estudiante: _____

Nombre de la/el Empleador: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Toda la información de la/el paciente es confidencial. Sin embargo, es posible que se requiera que Santa Rosa Community Health comparta la información con terceras entidades por pagos, como MediCal o seguros médicos con fines de facturación. Además autorizamos que se comparta la información sobre el tratamiento a servicios sociales y a otros por cualquier motivo, de conformidad con las prácticas médicas aceptables y con la ley.